

# 健康保険限度額適用認定申請書

健康保険被保険者証の 記号・番号	記号	番号
事業所	名称	
	所在地	
被保険者氏名	氏名(カナ)	
	氏名(漢字)	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
適用対象者氏名	氏名(カナ)	被保険者との続柄 <b>本人・家族</b> <small>(該当に○を付けて下さい。)</small>
	氏名(漢字)	
生年月日	適用対象者が被保険者本人の場合適用対象者氏名へ「 <b>被保険者</b> 」と記入し、生年月日は省略してください。 昭和 平成 令和 年 月 日	
被保険者の住所 (適用対象者)	〒 ー 住所	
療養予定期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月 <small>(発効年月日は、原則、申請書受付日の属する月の1日からです)</small>	
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請いたします。  令和 年 月 日 ウラベ健康保険組合理事長 殿  被保険者氏名		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

(注意事項)

- ・認定証の有効期限は発効月から最長1年以内です。
- ・使用することになった原因が外傷(ケガ)の場合は、「負傷原因届」を併せてご提出ください。

標準報酬月額	千円
該当の適用区分	
適用区分	
適	区分ア:標準報酬月額 83万円以上
用	区分イ:標準報酬月額 53~79万円
区	区分ウ:標準報酬月額 28~50万円
分	区分エ:標準報酬月額 26万円以下

常務理事	事務長	係員

受付日印

-----